



## Atto di delega

Sede di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Ad effettuare per proprio conto:

- La scelta del medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta tra quelli disponibili
- La scelta del seguente Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta Dott. \_\_\_\_\_

Al rilascio del seguente documento:

- Esenzione ticket
- Duplicato Carta Amica / Tessera Sanitaria
- Duplicato tessera esenzione ticket

Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

Data \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

***N.B. La persona delegata deve presentare il proprio documento di riconoscimento e l'originale o la fotocopia del documento di riconoscimento del delegante.***

### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Tipo documento del delegante \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tipo documento del delegato \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

L'addetto \_\_\_\_\_